N° 25

DE L'HÉPATITE SUPPURÉE
DANS LES PAYS CHAUDS
ET DE SON TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 7 MAI 1884.

PAR

Yves RIOU-KÉRANGAL

Né à FORT-DE-FRANCE (Martinique)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET CABIROU FRÈRES

RUES DURAND ET LEVAT

1884

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✵ ✠..... DOYEN
CASTAN..... } ASSESSEURS
COMBAL ✵ ✪..... }

PROFESSEURS

Opérations et appareils	BOUISSON, O. ✵ ✠, D. HONORAIRE
Pathologie externe	BOYER ✵.
Accouchements	DUMAS ✵.
Clinique médicale	DUPRÉ ✵ C. ✠.
Anatomie	BENOIT ✵ ✠.
Clinique médicale	COMBAL ✵ ✠.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	CAVALIER ✵.
Physique médicale	MOITESSIER ✵.
Anatomie pathologique et histologie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL ✵.
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale	PLANCHON ✵ ✠.
Physiologie (chargé du cours)	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale	N...

MARTINS (O. ✵), FONSSAGRIVES (O. ✵), COURTY ✵, Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants	MM. BATTLE, agrégé.
Clinique des maladies syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN, agrégé.

AGRÉGÉS

MESSIEURS	MESSIEURS
JACQUEMET.	LANNEGRACE.
GRYNFELTT.	MOSSÉ.
DE GIRARD.	REGIMBEAU ✵.
SERRE.	TÉDENAT.
ROUSTAN.	DUMAS fils.
CARRIEU.	BLAISE
MAIRET.	BAUMEL.
CHALOT.	VILLE
BIMAR.	GRANEL.

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ENGEL, *Président;*
CAVALIER, *Professeur;*
ROUSTAN, REGIMBEAU } *Agrégés.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

ANCIEN MÉDECIN EN CHEF DE LA MARINE, OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MEIS ET AMICIS

Y. RIOU-KÉRANGAL.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544308_0062

INTRODUCTION

Durant notre séjour aux Antilles, où, comme médecin de la marine, nous étions chargé d'une part de l'hôpital militaire du camp Jacob, plus tard, à la Martinique, de l'hôpital militaire de St-Pierre, nous avons été frappé de la fréquence des hépatites et principalement des abcès du foie qui en étaient généralement la conséquence.

A St-Pierre surtout, presque tous les cas d'hépatite que nous avons eu occasion de traiter ont abouti à l'abcès.

L'idée nous est donc venue de prendre comme sujet de thèse cette affection si meurtrière dans les pays chauds, et de démontrer qu'on ne peut compter que sur le traitement chirurgical combiné à la méthode antiseptique de Lister, si l'on veut avoir quelque chance de succès.

Il est certain qu'en France, d'une façon primordiale, ces affections sont rares ; cependant, au fur et à mesure que les moyens de communication deviennent plus fréquents et plus rapides, nous pouvons avoir aussi plus souvent l'occasion de rencontrer dans notre pratique des malades qui, fuyant les climats meurtriers où ils ont contracté des maladies du foie, viennent chercher leur guérison dans notre mère-patrie, assurément plus hospitalière.

Le plan que nous nous sommes tracé est absolument classique et a été divisé comme suit :

1° Etiologie (fréquences des hépatites dans la dysenterie et les fièvres paludéennes) ;

2° Anatomie pathologique ;

3° Symptômes et marche ;

4° Durée et terminaison ;

5° Observations ;

6° Traitement en général et traitement en particulier, sur lequel nous nous étendrons davantage.

DE

L'HÉPATITE SUPPURÉE

DANS LES PAYS CHAUDS

ET DE SON TRAITEMENT

I. — ÈTIOLOGIE

FRÉQUENCE DES HÉPATITES DANS LA DYSENTERIE ET LA FIÈVRE PALUDÉENNE

Les causes des affections du foie sont très-nombreuses ; une première remarque à faire c'est qu'elles atteignent plus fréquemment l'homme que la femme. Plusieurs statistiques ont été faites à ce sujet et toutes se concordent. Dutrouleau, dans son *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*, signale cette particularité. Le Dr Sachs, sur trente-six cas d'abcès de foie, n'en a trouvé que deux chez la femme. Ruis, sur deux cent cinquante-huit cas, n'en a eu que huit.

Cette simple statistique fait voir combien est marquée la prédisposition du sexe masculin à cette affection. Quelle peut en être la cause ?

Rien ne l'explique. Quoi qu'il en soit, les véritables causes de l'hépatite suppurative sont : le climat, le genre d'existence de l'individu, le miasme palustre et principalement la dysenterie.

Climat. — Il est un fait certain, c'est que le climat des pays chauds prédispose à cette affection. La chaleur affecte beaucoup le foie et lui donne une grande activité fonctionnelle. Cette glande est très-impressionnable, et comme a dit Thevenot : « Dans les pays chauds on s'enrhume du foie, comme dans les pays tempérés on s'enrhume du poumon. » Les hautes températures ont une grande influence sur les fonctions du foie ; elles déterminent de l'hypérémie, qui peut n'avoir aucune conséquence si d'autres causes ne viennent pas l'exagérer.

Il est même rare, suivant Rochard, de trouver des Européens qui ont vécu quelque temps aux pays chauds et qui ne présentent un foie volumineux. Mais à cette prédisposition, à l'hypérémie, viennent s'ajouter d'autres causes, et parmi celles-ci, une des premières est le genre de vie, les habitudes de l'individu.

Les Européens arrivant dans les colonies, aussi bien que ceux qui y vivent d'habitude, mangent beaucoup ; la nature s'y prêtant, ils deviennent inactifs et se livrent facilement à la sieste après le repas ; comme pendant l'acte de la digestion, le foie est le siége d'une congestion physiologique, il arrive qu'il n'y a pas de compensation, le sujet ne perdant pas assez, il y a insuffisance de combustion. Cet état de congestion physiologique tend petit à petit à devenir pathologique, pour peu que les repas soient copieux et se succèdent à de courts intervalles. Ce que nous disons de la nourriture s'applique aussi aux boissons. Si vous demandez à quelqu'un vivant dans les colonies s'il a l'habitude de boire, il vous répondra toujours par la négative. Cependant, il ne faut pas avoir vécu longtemps dans les pays chauds, pour voir combien est grand l'abus des liqueurs spiritueuses, sous quelque forme que ce soit : crocktels, grogs, lelés, etc., c'est toujours de l'alcool, et ce qui est malheureux, usage fréquent et déplorable.

L'infection paludéenne, le miasme palustre est incontestablement

une des causes les plus fréquentes de l'hépatite ; les rapports entre la malaria et l'hépatite suppurative ne peuvent être contestés. D'où vient cette tendance de la fièvre intermittente à engendrer les abcès du foie ? On l'a expliquée de différentes manières.

Les uns lui ont attribué comme cause cette grande susceptibilité qu'a le foie à l'action délétère des influences morbides en général et miasmatiques en particulier. Le sang, empoisonné pour ainsi dire par l'élément paludéen, est porté par la veine-porte au foie ; là, cet élément s'y emmagasine, et il suffit de certaines causes nocives pour voir se développer une hépatite dégénérant en abcès, son aboutissant malheureusement trop fréquent dans les climats chauds.

Pour d'autres, cette irritation continuelle de l'organe par le miasme palustre finit par causer une inflammation générale de l'organe, et, de là, naît d'abord la congestion, puis l'abcès.

Une autre cause plus fréquente, et que l'expérience fait observer tous les jours, c'est l'influence de la dysenterie. On a longtemps cherché la relation qui peut exister entre la dysenterie et l'hépatite suppurative. Certains auteurs ont voulu changer les rôles et donner pour cause à la dysenterie une hépatite primitive ; d'autres, au contraire, ont considéré cette dernière affection comme consécutive à la première ; les avis sont partagés, *sub judice lis est ;* pour nous, qui avons eu l'occasion de suivre fréquemment les malades atteints de dysenterie, nous sommes plus porté à pencher vers la dernière de ces opinions qui donne comme cause à l'hépatite une dysenterie primitive.

Une hépatite n'est pas toujours accompagnée d'une inflammation intestinale dégénérant en dysenterie, tandis que dans le cours d'une dysenterie, surtout chronique, il est rare que le foie ne soit pas modifié par un état pathologique quelconque, que ce soit congestion, que ce soit réellement une véritable hépatite suppurative.

Plusieurs faits ont été invoqués pour expliquer la manière dont le poison dysentérique vient affecter le foie. La doctrine de Broussais semble assez se conformer aux faits. Suivant lui, l'irritation de la muqueuse intestinale ne ferait que se continuer par le canal cholédoque

et viendrait ainsi provoquer l'hépatite. Il est certain qu'on pourrait objecter à cette opinion cette question : Pourquoi, dans les lésions intestinales graves, la dothiénentérie et la phthisie, par exemple, ne se produit-il jamais d'abcès du foie ? Mais ne pourrions-nous pas l'expliquer par la spécificité du poison ? Rien ne prouve, en effet, que l'élément dysentérique n'ait plutôt son lieu d'élection au foie que les autres inflammations causées à l'intestin par la dothiénentérie et la phthisie.

Frappé de ce que les opérations chirurgicales pratiquées sur le rectum ont déterminé quelquefois des abcès du foie, un autre auteur, Buld, a admis une théorie qui explique assez bien comment peut se faire l'absorption du poison dysentérique.

Suivant lui, en effet, l'élément dysentérique est porté par l'intermédiaire des petites veines du gros intestin, les radicules des veines mésaraïques dans la veine-porte et de là au foie ; ce poison circule dans les vaisseaux sous la forme de molécules gangréneuses ; celles-ci s'arrêtent dans les capillaires hépatiques et produisent, par contact, suivant Jaccoud, une inflammation suppurative. On est donc en droit d'admettre comme cause déterminante des abcès du foie les thromboses provenant des ulcérations de l'intestin.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'hépatite des pays chauds ne déterminant presque jamais la mort avant qu'il y ait suppuration ou abcès, on a rarement l'occasion d'étudier le processus inflammatoire dans le foie.

Dès lors, les caractères anatomo-pathologiques que nous allons tracer sont ceux que l'on rencontre l'abcès une fois formé. Tout d'abord, au point de vue du siège, disons qu'il est rare que tout l'organe soit atteint ; il n'y a presque toujours qu'un lobe ou même qu'une partie d'un lobe qui est le siège de l'abcès.

Une autre remarque à faire, c'est que le lobe droit fournit plus souvent des abcès que les autres parties de l'organe. Dutrouleau, sur soixante-seize abcès du foie qu'il a pu examiner, a trouvé que l'abcès siégeait soixante-deux fois au lobe droit, douze fois au lobe moyen et deux fois seulement au petit lobe.

D'un autre côté, comment se forme l'abcès ? Il est rare que l'abcès soit unique d'emblée ; il est généralement formé par la réunion de plusieurs petits amas de pus contenus dans plusieurs foyers différents qui, d'abord isolés, se groupent, s'agrandissent et finissent par former un seul abcès ou plusieurs de volumes différents.

Quant au processus de l'abcès, il se fait généralement du centre à la périphérie. Le point où doit débuter l'abcès est enflammé, rouge ; le pus se forme petit à petit ; quand l'abcès a atteint un certain volume, le tégument péritonéal voisin de lui s'épaissit, s'enflamme et contracte des adhérences avec les parties voisines, adhérences qui peuvent être très-étendues, comme nous le voyons dans l'observation I, ou bien

qui peuvent être insignifiantes, comme dans l'observation II. Tout dépend de l'étendue même de l'abcès.

Quant à la qualité du pus, elle offre différents caractères qu'il est utile d'étudier.

Le contenu des abcès n'est autre chose que du pus, mais n'offrant pas le même caractère et variant, suivant qu'on a l'occasion de l'étudier sur des abcès récents ou anciens et ayant mis un certain temps à se former. Dans les abcès récents, c'est-à-dire dans ceux qui intéressent une faible partie de l'organe et qui, par cela même, ne sont pas très-volumineux, le pus est quelquefois blanc jaunâtre, bien lié, répandant une odeur fade ; d'autres fois, c'est la couleur blanc verdâtre que l'on rencontre. Cette nature du pus semblerait indiquer que le tissu hépatique n'est pas détruit; ce serait une sorte de kyste purulent, entouré d'une membrane pyogénique, membrane qui aurait pour fonction non-seulement d'isoler le pus du reste du foie, mais encore de contribuer à l'absorption qui est nécessaire à la marche et à la terminaison de l'abcès. Cette membrane elle-même, dans les cas d'abcès localisé, est assez épaisse ; elle se rompt difficilement ; grattée avec le manche d'un scalpel, il s'en enlève facilement une sorte de mucus qui n'est autre chose que de l'épithélium mou, sorte d'exsudat de cette membrane et qui devra former plus tard le pus.

Dans les cas de vastes abcès, au contraire, dans ceux qui demandent un certain temps pour se former, le pus nous présente d'autres caractères qui se tirent de sa formation ; il est rougeâtre ou noirâtre, couleur lie de vin; il répand une odeur forte et repoussante; il est plus liquide que dans le cas précédent.

Qui peut expliquer cette différence dans la qualité du pus ? Cette couleur lie de vin proviendrait de ce que le tissu hépatique lui-même est atteint; il est détruit, et ce sont ces détritus qui formeraient la majeure partie du contenu de l'abcès. Dès lors, ces débris organiques manifestent leur présence par la mauvaise odeur qu'ils occasionnent. Une autre particularité à noter, c'est que la membrane pyogénique, que nous avons constatée dans le cas d'abcès récents, n'existe pas au

même titre que dans l'abcès bien limité ; il y a sans doute une membrane; mais si, après avoir vidé l'abcès, comme nous l'avons fait pour l'observation I, on lave la poche et qu'on la râcle, on voit qu'elle cède facilement et que tout le tissu hépatique qui l'avoisine se laisse entamer.

III. — SYMPTOMATOLOGIE

Arrivons maintenant à l'étude des symptômes de l'hépatite suppurative.

Y a-t-il un signe réellement pathognomonique de l'hépatite suppurée? D'ores et déjà, nous pouvons répondre que non. Ce n'est que par l'ensemble de plusieurs signes qui existent généralement, qu'on peut arriver à diagnostiquer un abcès du foie.

De ces signes, les uns sont subjectifs, les autres objectifs ; parmi les premiers, et en première ligne, nous trouvons la fièvre ; elle est continue avec exacerbation vespérale, une fois l'abcès bien établi ; au début, elle peut se manifester par petits accès quotidiens qui, au fur et à mesure que la maladie avance, s'établit franchement et devient régulière et continue.

Un autre symptôme très-important est la douleur ; celle-ci, tout en existant au moins au début de la formation de l'abcès, ne présente pas toujours le même caractère. Elle peut se manifester par un sentiment de gêne, de pesanteur à l'hypochondre droit; d'autresfois, elle peut être franche et très-vive ; dans ce cas-là, ne serait-ce pas plutôt la périhépatite qui la cause ? Certains auteurs, tels que Bouillaud, accordent à la glande une insensibilité presque complète, et, comme nous le verrons dans nos observations, les expériences de Stromeyer-Little, qui a pu lacérer cet organe pendant les opérations sans que le sujet éprouvât aucune douleur, semblent lui donner raison. Quoi qu'il en soit, que cette douleur soit le résultat de la périhépatite ou non, elle existe le plus généralement, et ses caractères sont variables, suivant

que l'abcès a pour siège la face convexe ou la face concave de l'organe. Dans le premier cas, la douleur de l'épaule, à laquelle Dutrouleau et d'autres accordent une si grande importance, existe. Cette douleur, que Peter explique par la participation du nerf phrénique à l'inflammation, siège généralement au moignon de l'épaule, dans le deltoïde et le trapèze surtout.

Avant d'aller plus loin, disons que cette douleur de l'épaule se remarque plutôt au début de l'hépatite franche que dans l'abcès du foie bien constitué.

L'abcès a-t-il pour siège la face concave, la douleur se manifeste tout autrement : ce sont, en général, des coliques existant surtout dans l'espace compris entre le rebord des fausses côtes à droite et la crête iliaque du même côté. La douleur donc, dans certains cas, peut nous indiquer presque le siège de l'abcès ; c'est un symptôme auquel nous devons porter une grande attention.

Un troisième symptôme est la dyspnée. Si l'abcès se forme au milieu de l'organe, elle peut ne pas exister et ne se manifester que quand celui-ci a atteint un certain développement. Il existe là, alors, un véritable obstacle à la respiration ; par l'ampliation de l'hypochondre droit, il y a refoulement du poumon et tassement des vésicules pulmonaires voisines ; dans ce cas, la dyspnée est le résultat d'une action mécanique. D'autres fois, c'est la portion sous-diaphragmatique du péritoine qui est le siège d'une inflammation sympathique. La douleur provoquée par cette inflammation empêche le sujet de respirer ; c'est une action physiologique.

Quant à la toux que l'on rencontre quelquefois, surtout à la fin de la maladie, c'est une toux nerveuse, saccadée, d'origine réflexe et ressemblant assez à cette petite toux qui s'entend généralement dans la pleurésie ; aussi est-ce un symptôme peu important auquel nous ne pouvons guère nous attacher.

Troubles digestifs. — Enfin viennent les troubles que l'on ren-

contre du côté du tube digestif ; ils ne sont ni constants ni caractéristiques ; ils ont néanmoins une certaine valeur.

Il est évident que le foie étant un des annexes de l'appareil digestif, il n'y a rien d'étonnant à ce que l'état pathologique du premier ne vienne résonner sur le second. La langue est pâteuse et saburrale, large et légèrement rosée sur les bords. Cet état de la langue, dans l'affection que nous traitons, change peu, même après le traitement. Nous ne voyons pas, comme dans le cas d'embarras gastrique par exemple, la langue s'améliorer à la suite d'une médication appropriée ; il y a de l'inappétence ; la digestion est pénible, elle est accompagnée de hoquet et quelquefois de vomissements bilieux ; il y a tantôt de la constipation, tantôt de la diarrhée et, ce qui n'est pas rare, de la dysenterie, principalement vers la fin de la maladie.

Parmi les phénomènes objectifs, un des premiers qui se manifeste est l'anémie. A première vue, le malade présente un état d'anémie qui est en rapport avec l'ancienneté de la maladie. Les tissus sont décolorés ; il y a, suivant Dutrouleau, une pâleur ictérique tenant le milieu entre la coloration jaune de la peau et la teinte cachectique cancéreuse à une période avancée de cette affection. Il n'y a pas d'ictère à proprement parler, et, si dans le courant de la maladie les tissus devenaient jaunes, comme cela peut arriver, il faudrait penser à une poussée du côté de la vésicule biliaire, ce que l'examen de l'urine dévoilerait d'ailleurs, car dans le cas d'abcès du foie les urines ne contiennent jamais de bile.

Le docteur Sachs insiste sur un caractère qui, suivant lui, n'a pas assez attiré l'attention des auteurs ; nous voulons parler de la coloration de la sclérotique. La sclérotique, en effet, dans le cas d'hépatite suppurée, n'est point jaune ; elle a une teinte de cire pas tout à fait blanche ; cette teinte, suivant ce dernier, pourrait constituer un caractère tout à fait spécifique ; c'est un symptôme que nous avons remarqué, mais surtout à la fin de la maladie.

Attitude du malade.— Les sujets atteints d'abcès du foie présen-

tent une attitude particulière qui est déterminée et par la gêne de la respiration et par la douleur même qu'ils éprouvent. Le décubitus n'est pas positivement dorsal, mais plutôt dorsal gauche, et cela se comprend : en effet, ils ne peuvent guère se coucher à droite parce que la pression du bord inférieur des côtes, qui se tournent en même temps en dedans dans le décubitus latéral droit, détermine sur l'organe malade une douleur insupportable ; d'un autre côté, veulent-ils se coucher sur le côté gauche, le foie, alourdi, se portant de droite à gauche, tiraille les ligaments suspenseurs d'une façon très-pénible : de là, naturellement la préférence pour le décubitus dorsal gauche, qui est aussi la position où l'organe a le moins de chance d'être déplacé.

Examen du foie. — Reste enfin l'examen du foie lui-même ; cette étude fournit des données qui mettent plus sûrement sur la découverte de la lésion qui nous intéresse. A l'inspection pure et simple, on peut remarquer une véritable voussure à droite et qui diffère de celle qu'on rencontre dans la pleurésie du côté droit, en ce qu'elle est plus marquée en avant qu'en arrière dans le cas d'abcès, surtout quand il est volumineux. La percussion fournit encore des données plus positives. Le foie dépasse généralement ses limites normales, soit en haut, soit en bas, peut-être pas au début de l'affection, mais toujours quand celle-ci date de quelque temps ; une remarque à faire, c'est que cette augmentation de volume ne peut mettre sur la voie du siège de l'abcès.

Généralement, l'augmentation se manifeste tout d'abord en haut, c'est-à-dire que le foie comprime le diaphragme et repousse les poumons ; ce n'est que plus tard, quand la résistance en haut est devenue infranchissable, que la tuméfaction peut se faire vers le bas. Certains auteurs même se sont inspirés de ce fait pour établir la diagnose différentielle des abcès du foie avec les tumeurs diverses, telles que : kystes hydatiques, cancer, etc. ; dans le cas de ces tumeurs, en effet, c'est le contraire qui a lieu, le foie au lieu de se porter en haut déborde les fausses côtes. On peut expliquer cette particularité de cette manière :

Dans le cas d'inflammation accompagnant toujours l'hépatite

suppurée, la douleur provoquée par chaque inspiration fait que le mala de, par instinct, inspire moins du côté droit ; dès lors, la partie correspondante du diaphragme ne descend pas si bas, le foie, trouvant plus de champ libre en haut qu'en bas, augmente de volume dans ce sens.

La palpation peut quelquefois mettre sur la voie du siège de l'abcès ; si on palpe la partie malade, on remarque qu'il y a presque toujours un endroit où la douleur est plus marquée qu'en d'autres. Il y a des chances que ce soit le siège du même mal ; en outre, dans cette partie, les doigts pénètrent difficilement les espaces intercostaux sous-jacents. Enfin on peut encore sentir la fluctuation, surtout si l'abcès se porte à la région méso-gastrique, comme cela arrive fréquemment. Il est rare cependant, même quand l'abcès est situé superficiellement, qu'il fasse saillir les parties molles de manière à faire bien déterminer le siège même de l'abcès. Dans notre observation I, nous voyons la preuve de ce fait.

Rien pendant la maladie de notre sujet, ni palpitation ni percussion, ne nous met sur la voie du siège positif de l'abcès ; cependant, à l'autopsie, à peine avons-nous ouvert le cadavre que nous constatons un point plus élevé tout prêt à se faire jour au niveau du sixième espace intercostal.

La mensuration peut être utile, elle nous permet de constater l'augmentation de l'organe ; il peut arriver qu'on ne trouve aucune différence entre les deux moitiés de la poitrine, surtout quand l'organe n'est pas trop hypertrophié ; mais souvent cela peut dépendre de la façon dont a été faite cette mensuration.

Un des internes de Charcot, M. Pitre, a eu l'igénieuse idée de tracer d'abord une ligne qui, partant de la partie supérieure du sternum, point fixe au milieu de l'articulation des deux clavicules, va à l'épine du pubis, autre point fixe. De cette façon nous avons un moyen plus certain de ne pas commettre d'erreur.

Ces deux points étant fixes, on court moins de chance de se tromper, comme on pourrait le faire en prenant pour point de repaire l'apo-

physe xyphoïde du sternum ou l'ombilic, tous deux mobiles et pouvant en même temps que l'augmentation du foie suivre le mouvement des fausses côtes. La mensuration n'est qu'un moyen d'investigation absolument adjuvant, car dans le cas de pleurésie, à droite par exemple, elle peut servir tout aussi bien que dans l'affection dont nous parlons, elle ne fait qu'apporter son tribut aux autres moyens d'investigation dont nous avons déjà parlé.

IV. — MARCHE ET TERMINAISON

Rien n'est plus insidieux que la marche des abcès du foie. Tantôt elle est rapide, tantôt elle demande un certain temps à s'évoluer. La transition entre l'hépatite franchement inflammatoire et la formation de l'abcès lui-même est assez difficile à prévoir ; souvent les malades qu'on a à traiter pour affection du foie vous déclarent que, dans un temps plus ou moins éloigné, ils ont été soignés soit pour la dysenterie, soit pour une hépatite qui n'a pas été bien guérie et qui est devenue chronique ; d'autres fois, après avoir été guéris d'une hépatite, ils ont vu se déclarer une dysenterie qui leur a occasionné une rechute ; d'autres fois encore, à la suite d'une fièvre intermittente rebelle, ils ont vu apparaître une petite fièvre quotidienne, avec exacerbation le soir et sueurs froides, de la diarrhée et tout d'un coup un accès violent de fièvre qui peut être considéré comme le début de la formation de l'abcès. Quoi qu'il en soit, si les phénomènes alarmants persistent, si la maladie affecte une marche insidieuse, si la fièvre ne cède pas au traitement spécifique, il faut se tenir sur ses gardes et examiner soigneusement chaque jour le foie.

Dès lors, une fois l'abcès formé, on peut dire que le pus cherche à se frayer deux voies principales, une à l'intérieur, l'autre à l'extérieur. Si c'est à l'intérieur, il peut s'ouvrir soit en haut, soit en bas. Quand il doit percer en bas, c'est vers la cavité abdominale qu'il se porte; dans ce cas, il se rompt, soit dans le péritoine, soit dans les organes avoisinant l'estomac, par exemple, ou l'intestin grêle. Se porte-t-il en haut vers la cavité thoracique, il se fait jour alors dans

le poumon ; on peut dire que cette voie est fréquente. A l'extérieur, il se dirige vers la peau et plus particulièrement à la région méso-gastrique qui offre là moins de résistance qu'ailleurs.

Quant aux abcès se résorbant naturellement et à l'aide seulement du traitement médical, le cas est si rare que c'est à peine si nous devons le mentionner, Dutrouleau en cite pourtant un cas, mais cette guérison n'a été que momentanée, et plus tard d'autres abcès se sont formés qui ont déterminé la mort.

Si l'abcès ne s'élimine pas par une des voies que nous venons d'indiquer ou si l'on n'intervient pas, le malade s'épuise, la fièvre à marche lente et insidieuse persiste, et on voit succomber le sujet soit de septicémie, soit de fièvre hectique et dans le marasme, comme nous le fait voir l'observation I.

Il n'est donc guère possible de déterminer la durée d'un abcès du foie ; si, comme il arrive souvent, l'abcès primitif s'agrandit rapidement, il évolue vite, soit par l'annexion des tissus environnants, soit par la réunion d'autres petits foyers purulents voisins de lui. Alors, dans le cas d'une acuïté très-grande, la durée de la maladie ne dépasse guère une période de plus de deux à trois septenaires, quelquefois moins ; si, au contraire, l'abcès est enkysté, il peut déterminer peu de phénomènes de réaction et durer des mois, des années même ; le malade a pour ainsi dire des hauts et des bas jusqu'à ce qu'une nouvelle poussée amène la terminaison fatale.

Observation I

Abcès non ouvert. — Mort.

Lénor François, indigène, préposé des douanes au Moule (Guadeloupe), 34 ans. Cachexie paludéenne, atteint depuis longtemps de fièvre intermittente ; a suivi plusieurs traitements : quinquina, sulfate de quinine, arsenic, sans qu'aucun ait porté une amélioration sensible.

Après avoir été traité dans les derniers temps chez lui, il se décide à entrer à l'hôpital, au Camp-Jaccob, parce que, depuis six jours, il éprouve une vive douleur à l'hypochondre droit qui le met dans l'impossibilité de continuer son service qu'il faisait tant bien que mal.

A son entrée, le 23 mars 1882, le malade a la peau chaude, le pouls est plein, 108, avec 38° 8 de température ; il y a un peu de dyspnée occasionnée par la douleur située à l'hypochondre droit et s'irradiant à l'épigastre ; pas de douleur d'épaule, teinte cireuse de la sclérotique.

A l'examen de la région du foie, on remarque de la voussure du côté droit ; les mesures prises avec les précautions énoncées plus haut, donnent une différence de un centimètre et demi à l'avantage du côté droit. La percussion fait constater que le foie remonte en haut jusqu'au niveau du cinquième espace intercostal, il descend en bas à deux travers de droit au-dessous du rebord des fausses côtes ; en avant à gauche, matité s'étendant à trois travers de doigt de la ligne blanche ; en arrière à droite, les limites sont à peu près normales. La rate est hypertrophiée ; la langue est blanche et large, un peu rosée sur les bords ; un peu de diarrhée, selles jaunes ne contenant pas de sang, le malade déclare d'ailleurs n'avoir jamais eu de dysenterie.

Application d'un large vésicatoire morphiné sur la région du foie, petit-lait manné comme tisane, huile de ricin 35 gr., frictions à la teinture d'Huxam matin et soir.

Le 24, les symptômes du côté droit ont un peu diminué, la douleur est moins vive ; température 38° 7 ; même état de la langue malgré le purgatif, petit-lait manné ; frictions à la teinture d'Huxam, pansement du vésicatoire au chlorhydrate de morphine; température du soir, 39° 8.

Le 25, aucun changement ; la douleur de côté a presque disparu.

Le 26, la douleur a complètement disparu, le foie a toujours les mêmes limites, peut-être déborde-t-il moins en bas ; température du matin, 37° 9, soir, 40°.

Le 27, la nuit a été mauvaise, la douleur a reparu avec plus d'intensité ; pour la première fois, six selles sanglantes dans la nuit avec coliques et ténesme rectal ; peau chaude, température, 39° 5 ; dyspnée. Application de dix sangsues à la région du foie, tisane albumineuse et lait, julep au sulfate de soude, 20 gr.; frictions opiacées et cataplasmes sur le ventre ; dans la journée, vers midi, on profite d'une faible rémission pour donner 1 gr. 50 de sulfate de quinine ; température à 4 heures, 40° 1.

Le 28, la douleur de côté a diminué ; insomnie et agitation pendant la nuit; cinq selles sanguines, moins de ténesme rectal ; température : matin, 37° 8, soir, 38° 9.

Du 29 mars au 5 avril, même état ; la température du matin varie entre 38° et 38° 5, avec exacerbation vespérale s'élevant jusqu'à 40° 1. Même traitement ; on supprime le sulfate de quinine qu'on remplace par des frictions à la teinture d'Huxam.

Le 6 Avril, il y a recrudescence de symptômes ; la dyspnée est plus forte ; le malade est pris de quintes de toux avec nausées sans vomissements ; la voix s'altère, le facies est décomposé, la teinte cireuse des yeux est plus remarquable ; douleur très-vive à l'hypochondre ; le malade ne peut changer de position dans son lit sans pousser des cris ; il y a de l'anasarque avec œdème des membres inférieurs. Bien que l'examen de la région hépatique ne fasse rien remarquer (il n'y a pas de fluctuation), on se déciderait à intervenir chirurgicalement si ce n'était l'état de faiblesse extrême du malade.

Application d'un large vésicatoire loco dolenti, calomel, 1 gr. 20, frictions diurétiques, vin de Trousseau.

Le 7, 8 et 9, amélioration insignifiante, le malade a eu un peu de calme ; la température est toujours très-élevée, le soir, 40° 2 ; tout le côté est dilaté, sans pourtant qu'il y ait nulle part de point fluctuant et culminant ; l'œdème est toujours le même.

Du 10 au 15, le malade va plus mal.

Le 16, l'œdème a augmenté ; on continue les frictions diurétiques ; le malade ne veut rien prendre que quelques cuillerées de bouillon de poulet froid. Cet état continue en s'empirant pendant quelques jours jusqu'au 24, où le malade rentre en agonie.

Le 26, il succombe à la suite d'une crise d'asphyxie, le 33me jour de son entrée à l'hôpital.

AUTOPSIE FAITE DIX-HUIT HEURES APRÈS LA MORT

Cage thoracique. — Le poumon droit est refoulé et remonte jusqu'à la quatrième côte ; il est tassé et forme une masse noirâtre et compacte; il offre par toute sa base des adhérences avec le diaphragme et la plèvre costale ; le poumon droit n'offre rien de particulier si ce n'est un peu de congestion ; rien au cœur ni au péricarde.

Abdomen. — Le foie est énorme, il occupe les deux hypochondres, il remonte en haut jusqu'au quatrième espace intercostal et descend à quatre travers de doigt du rebord des fausses côtes, côté droit ; à gauche, il envahit l'hypochondre jusqu'à la rate.

A l'ouverture, on procède délicatement, car, à droite surtout, il contracte des adhérences avec toute la partie qui lui correspond. En le disséquant pour l'enlever, on remarque à la surface convexe du grand lobe un point jaune tout prêt à s'ouvrir ; c'est le point culminant de l'abcès. Malgré toutes les précautions que l'on prend pour enlever cet organe, le pus fait irruption par cet endroit même et

envahit tout l'abdomen ; il sort une quantité énorme (deux litres environ) de pus infect et noirâtre, un peu couleur lie de vin, contenant des débris de tissus hépatiques ; la poche est large, envahit tout le lobe droit et se laisse facilement déchirer, même avec le manche du scalpel; les deux autres lobes n'ont rien d'anormal.

La face externe de l'estomac, à la partie en rapport avec la vésicule biliaire, offre une coloration jaunâtre semblable à la bile ; à la face interne, on remarque quelques arborisations rouges au niveau du grand cul-de-sac. La rate est hypertrophiée, les reins sont sains, l'intestin grêle n'a rien ; le gros intestin présente de larges plaques rouges sans ulcérations.

Cette observation nous fait constater un abcès unique qui a détruit tout le lobe droit et qu'on ne peut rapporter à la dysenterie, puisque cette dernière affection n'est venue compliquer la première que longtemps après.

La véritable cause de cette hépatite purulente n'est autre que l'infection palustre à laquelle le sujet était soumis depuis plus de deux ans.

Observation II

Abcès multiples à forme rapide.

Le nommé D..., caporal infirmier de marine, 24 ans, constitution bonne, quinze mois de colonie, n'ayant jamais été malade, entre à l'hôpital de Saint-Pierre, le 15 mai, pour syphilis contractée il y a environ un mois ; en traitement depuis un mois et demi, il est sur le point de sortir, quand, le 3 juillet, il est pris d'un violent accès de fièvre avec frissons, céphalalgie et courbatures ; pouls 120 ; température 40° 1 à la visite du soir.

L'examen du malade fait constater : un facies vultueux, yeux brillants et congestionnés ; pas de douleur de côté ni d'épaule ; le ventre est rétracté.

Ces symptômes généraux semblaient appartenir à une fièvre pernicieuse que nous avions déjà constatée plusieurs fois dans la même salle et sur des malades y ayant séjourné longtemps. On évacue D... dans la salle des fiévreux.

Traitement. — Lotions vinaigrées froides, sulfate de quinine 2 gr. en potion.

Le 4 juillet, la température a baissé, mais le malade a été pris dans la nuit de dysenterie et a eu vingt selles sanguines avec coliques. — Douleur lancinante très-vive à l'hypochondre droit, bien limitée, et que le malade accuse dans le sixième espace intercostal au-dessous du mamelon. — La percussion ne donne aucun signe de développement du foie; mais quand on arrive au niveau du point douloureux, la moindre pression exagère la douleur. — L'auscultation ne révèle rien d'anormal.

Traitement : Calomel 1 gr. 20, quatre ventouses scarifiées et

cataplasme sur le côté, frictions à la teinture de Huxam, potion quininée 1 gr. — Température du soir, 40°2.

Le 5, même état, dix selles seulement dans les 24 heures mais toujours sanguines ; le malade est abattu, le facies respire la douleur, la langue est sale.

Traitement : Tisane albumineuse, julep sulfaté à 20 gr., à la place du calomel ; même traitement par ailleurs. — Température du matin, 39° ; soir, 39° 8.

Le 6, la percussion fait constater que le foie a monté en haut ; les limites inférieures sont les mêmes ; on se décide à faire une ponction exploratrice avec l'aiguille de l'appareil Dieu Lafoy, au niveau du point douloureux. Rien ne fait constater la présence du pus, l'aiguille ne contient qu'une ou deux gouttes de sang ; une autre ponction un peu plus haut n'est pas plus heureuse.

Même traitement ; application de douze sangsues sur la région du foie. — Température matin, 39° 7 ; soir, 40°.

Du 7 au 12, léger calme, qui ne trompe pas le malade, qui comprend lui-même la gravité de son état et en est très-affecté ; la température est moins élevée, 38° le matin, 38° 7 le soir.

Le 13, la douleur est plus vive que les jours précédents et siège toujours au même endroit ; les selles, qui contenaient un peu moins de sang, sont devenues plus fréquentes, toujours sanguines et avec coliques. Deux autres ponctions exploratrices, faites au même niveau et à côté de celles antérieures, ne donnent aucun résultat qui permette d'intervenir, quelques gouttes de sang, mais pas un atome de pus. Le pouls est petit, 120 ; le facies est altéré. Température, 39° le matin, le soir 40°.

Le 14, le volume du foie n'a pas changé, mais la douleur est toujours la même. Application de dix sangsues sur l'hypochondre droit, même traitement par ailleurs.

Du 15 au 19, les symptômes s'aggravent, prostration plus grande des forces, respiration anxieuse, le visage est plombé et livide, teinte

cireuse de la sclérotique très-marquée. Les selles sont très-abondantes et sanguines.

Le malade succombe dans la nuit du 19 au 20.

AUTOPSIE HUIT HEURES APRÈS LA MORT

Cavité thoracique. — Les organes contenus dans cette cavité sont sains ; le poumon droit à sa base contracte avec le diaphragme quelques légères adhérences en forme de brides.

Cavité abdominale. — Le foie n'est pas très-augmenté de volume, excepté le lobe droit qui est le siège de cinq abcès formant chacun de véritables kystes à parois dures, ne se laissant pas déchirer et contenant un pus phlegmoneux jaune bien lié. Le plus volumineux de ces abcès occupe la face convexe vers le bord antérieur, il est gros comme un œuf de poule ; les quatre autres, dont deux comme une noix et deux plus petits, sont situés à la face concave ; tous sont parfaitement séparés les uns des autres. Le lobe gauche est un peu ramolli, le petit lobe n'offre rien d'anormal, la rate est parfaitement saine.

Le tube digestif présente les lésions suivantes :

La muqueuse stomacale, au niveau de la grande courbure, présente des arborisations rouges très-marquées, le reste est ramolli et grisâtre.

L'intestin grêle est rouge, irrité, mais ne présente aucune ulcération des plaques de Peyer.

Quant au gros intestin, dans toute sa longueur mais surtout dans sa dernière portion, il offre un aspect grisâtre qui n'est autre chose que sa muqueuse réduite à l'état de bouillie et qui, grattée, laisse voir sur plusieurs endroits des ulcérations à bords taillés à pic et intéressant la tunique fibreuse.

Voilà un malade frappé en même temps et de dysenterie et d'hépatite ; il est bien difficile de dire laquelle des deux affections a engendré l'autre.

Pour nous, la dysenterie semble avoir précédé, et c'est surtout elle qui compliquée d'état typhoïde a déterminé la mort, bien que les lésions de l'intestin grêle ne viennent pas confirmer notre opinion ; mais nous ne devons pas oublier que dans les colonies, aux Antilles surtout, la fièvre typhoïde, si tant est qu'elle existe, ne révèle pas les mêmes caractères que dans nos climats tempérés.

Quant aux abcès, ils n'étaient pas arrivés au point d'être mortels ; nous avons pensé qu'ils pouvaient être le résultat des ponctions exploratrices; mais il n'en est pas ainsi, puisque les piqûres faites avec les aiguilles ne correspondaient pas avec les abcès, et qu'en outre, ces abcès eux-mêmes étaient sur la face concave qui n'avait pu être atteinte.

Observation III

Abcès ouvert suivant le procédé de Stromeyer-Little, suivi de guérison.

Le nommé François Edmond, cocher de fiacre, à Saint-Pierre (Martinique), indigène ; habitude d'alcoolisme ; a souffert, pendant plusieurs mois, de diarrhée et de dysenterie qui n'ont jamais été bien guéries. A la suite d'une nouvelle débauche, il y a recrudescence ; il fait du sang avec coliques abdominales, et il se décide à entrer à l'hospice civil, où il avait déjà fait plusieurs séjours pour dysenterie.

A son entrée, le 3 mai 1883, il présente des selles contenant du pus et des mucosités sanguinolentes ; douleur dans l'hypochondre droit ; n'a jamais eu de douleur d'épaule ; la langue est mauvaise ; le sujet est anémié.

A l'inspection on ne trouve rien d'anormal; à la pression on exagère la douleur de l'hypochondre, la matité s'étend du quatrième espace intercostal au-dessus du mamelon, à deux travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes ; la rate est un peu hypertrophiée ; pas d'albumine dans les urines.

Fièvre le matin avec exacerbation vespérale ; ce qui fatigue le plus le malade ce sont les coliques et le ténesme rectal.

Traitement. — Purgatifs salins pendant plusieurs jours associés à l'opium le soir, bains de siège, large vésicatoire sur l'hypochondre droit.

Après plusieurs jours de ce traitement la diarrhée semble diminuer, mais toujours douleur à la région du foie, surtout à la pression.

La palpation semble donner un peu de fluctuation ; l'introduction de l'aiguille de Dieulafoy entre la septième et la huitième côte fait constater la présence du pus ; dès lors il n'y a plus à hésiter.

Le jour même, 10 mai, on ouvre largement au bistouri, après avoir pris les précautions de la méthode antiseptique, c'est-à-dire lavage de toute la partie malade avec de l'eau phéniquée, 5 0/0. L'aiguille étant plongée, on se base sur elle comme point de départ et, en suivant l'espace intercostal, on incise couche par couche; après une épaisseur de quatre centimètres, le pus fait irruption ; on presse un peu pour faciliter sa sortie. Injections à grande eau phéniquée de 2 0/0 dans la poche, jusqu'à ce qu'il ne sorte plus que l'eau phéniquée sans pus ni débris hépatiques.

On introduit un tube à drainage qui dépasse un peu l'ouverture de l'abcès ; la peau est recouverte avec le protective, plusieurs doubles de gaze trempée dans une solution phéniquée elle-même ; par dessus, on place le pansement de Lister qu'on maintient avec une large bande élastique qui, par sa pression continue, facilite la sortie du pus.

Le lendemain matin, 11, le pansement est enlevé en entourant le malade d'une atmosphère de vapeurs phéniquées. Le pansement est imbibé d'un peu de pus qui est plutôt de la sérosité sanguinolente que du pus même. Le drain, bien lavé à l'eau phéniquée, est remis en place avec un autre pansement de Lister.

On continue le pansement plusieurs jours, pendant lesquels le malade est toujours en proie à de la fièvre ; il a du hoquet qui est arrêté par une mouche morphinée au creux épigastrique ; ce n'est que le 18 que l'amélioration se fait réellement sentir ; le drain est repoussé tous les jours par les progrès de la cicatrisation.

Le 25, c'est-à-dire quinze jours après l'opération, le drain est définitivement enlevé, et le 30 le malade, dont les forces sont revenues grâce à un traitement tonique approprié, demande à sortir. Le 5 mai, il est mis exeat sur sa demande. Nous avons eu occasion de le rencontrer plus tard, il nous dit être parfaitement guéri et a repris ses fonctions antérieures.

Observation IV

Ouverture selon la méthode Strommeyer-Little. — Guérison.

Le nommé B..., propriétaire, créole, traité chez lui, fait appeler le docteur Arnaud, le 10 octobre, et voici les renseignements qu'il nous donne :

Il y a environ un mois et demi, il fit une chute grave de cheval et tomba sur le côté droit; le médecin appelé constata une simple contusion sans fracture de côte dont une application de quinze sangsues eut raison. Mais, depuis environ quinze jours, il se plaignait d'une douleur très-vive à la région de l'hypochondre droit, douleur qui a débuté par de la fièvre avec sueurs abondantes ; il se purgea lui-même, s'appliqua un vésicatoire; mais rien n'y fit, et au moment où le docteur Arnaud est appelé, voilà ce qu'on constate :

Affaiblissement très-grand du malade, avec anémie prononcée. L'inspection de la poitrine fait constater une ampliation plus grande à droite qu'à gauche. La palpation ne fait rien découvrir ; la matité est très-grande du quatrième espace intercostal à cinq travers de doigts du rebord des fausses côtes. Il y a de la dyspnée, et, depuis huit jours, de la diarrhée. On administre pendant plusieurs jours des purgatifs salins avec application d'un vésicatoire à l'hypochondre droit.

Ce traitement semble ne porter aucune amélioration dans l'état du malade qui, au contraire, s'affaiblit de jour en jour. Le 15 octobre, on fait une ponction exploratrice qui fait constater la présence du pus ; dès lors, on ouvre largement, et à peine est-on arrivé à la dernière couche que le pus sort abondamment, environ 1500 grammes ; il est bien lié, crémeux et ne contient pour ainsi dire que du sang. La plaie bien lavée, suivant la méthode précédente, on procède au pansement de Lister. Le drain est long, ce qui dénote une vaste poche.

Dans la nuit le malade a des vomissements et de l'insomnie, malgré une potion à l'extrait d'opium qu'on lui avait prescrite.

Le 16, en enlevant le pansement, on remarque un peu d'érythème des bords de la plaie et le drain a laissé échapper une certaine quantité de pus toujours avec les mêmes caractères, bien lié et crémeux. La plaie est bien lavée et on met tout le soin désirable à bien faire l'injection, la solution n'est que de 1 0/0.

Le 17 et jours suivants, la plaie est moins rouge, mais le drain contient toujours du pus ; néanmoins l'état général du malade est meilleur, il dort mieux. Le pansement est continué, mais la cicatrisation se fait lentement et le drain ne semble pas être repoussé ; ce n'est que vingt-quatre jours après l'opération que l'amélioration s'accentue.

Le 6 novembre, le malade est transporté à la campagne où le médecin ne le voit que tous les trois jours pour procéder au pansement.

Le 30 novembre, le drain est enlevé et le malade, qui va de mieux en mieux, peut reprendre ses habitudes sans jamais éprouver d'autre accident qu'un peu de faiblesse.

D'après ces deux observations, il est facile de voir toute la valeur de ce procédé de Strommeyer-Little. Nous n'avons point l'intention de vouloir innover, notre but est de démontrer l'importance de ce traitement chirurgical auquel, malheureusement, nos collègues n'ont pas assez recours, et pendant les trois années passées dans les colonies, ce n'est que rarement qu'il nous a été donné de le voir pratiquer par nos confrères de la marine, qui cependant ont bien eu à enregistrer des réussites, réussites qui auraient été bien plus fréquentes en osant un peu plus.

TRAITEMENT

PROCÉDÉ DE STROMMEYER-LITTLE

Si au début de l'hépatite franchement inflammatoire on peut avoir recours aux moyens médicaux employés d'habitude, il est certain qu'une fois le pus formé on ne peut attendre une guérison qu'en intervenant chirurgicalement.

Plusieurs procédés chirurgicaux ont été mis en usage pour donner issue au pus, tels que l'aspiration répétée avec un appareil Dieulafoy, l'ouverture avec le caustique de Vienne, etc. Mais le seul traitement qui pour nous donne le plus de chance de succès est cette méthode hardie de l'ouverture directe au bistouri, combinée aux moyens antiseptiques, en un mot la méthode de Strommeyer-Little sur laquelle nous allons dire quelques mots. Tout d'abord, une question se présente : quand doit-on opérer ? Nous répondrons : Aussitôt que la présence du pus est bien constatée.

Or il est facile aujourd'hui de s'en assurer, il suffit pour cela de faire une ou plusieurs ponctions exploratrices avec l'aiguille de l'appareil Dieulafoy. Il faut que l'aiguille soit de fort calibre ; il n'y a aucun danger à faire ces explorations qui ne laissent après elles aucune trace, comme nous avons pu le voir dans l'autopsie de notre observation II.

Une fois qu'on est certain de la présence du pus, ce qui se manifeste par la sortie de quelques gouttes dans la canule, voici comment il faut procéder :

On retire l'aiguille, on lave tout le côté avec une solution phéniquée à 5 pour 100 et on prend toutes les précautions de la méthode antiseptique ; parallèlement aux côtes, on fait avec le bistouri une ouverture de cinq à six centimètres ; il faut avoir soin d'inciser couche par couche. Une fois l'ouverture faite, on tient les deux lèvres de la plaie ouvertes en les dilatant avec des instruments appropriés.

On facilite la sortie du pus par une pression douce et maintenue de toute la région malade. Quand on voit le pus ne plus sortir, on fait une injection à grande eau avec une solution phéniquée de 1 pour 100. Cette injection est continuée jusqu'à ce qu'il ne sorte plus de pus ou de détritus du foie.

Cela fait, on introduit dans la plaie un drain que l'on enfonce jusqu'au fond de la poche ; on lave de nouveau tout le pourtour de l'ouverture avec une solution phéniquée et on recouvre le tout d'un pansement de Lister, que l'on maintient en dernier lieu avec une bande élastique faisant deux ou trois fois le tour du corps. Cette pression élastique ne s'oppose pas aux mouvements d'ampliation du thorax et favorise en même temps la sortie du pus.

Une précaution à prendre, c'est de laisser un fil assez long attaché au bout du drain à la partie qui est en dehors et de maintenir le drain par ce moyen; il pourrait arriver, comme cela a déjà eu lieu, qu'au moment de l'expiration, la poche de l'abcès se dilatant entraînât le drain, ce qui serait une complication qu'il est facile d'empêcher ; ce premier pansement fait, on peut attendre 24 heures avant de faire le second.

Il n'est pas nécessaire d'injecter la poche de l'abcès à chaque pansement; on peut cependant le faire pendant les trois ou quatre premiers jours ; au bout de quelques jours le drain est repoussé en dehors, on en coupe tous les jours une partie et, quand la poche est devenue très-petite, on enlève le drain en établissant par-dessus le pansement, à

l'endroit de l'abcès, une compression plus grande qui, en rapprochant les deux faces de la poche, favorise la cicatrisation.

Quand la suppuration est devenue presque nulle, on éloigne les pansements ; on peut ne les changer que tous les deux ou trois jours.

Un régime tonique approprié est institué, et on est frappé de voir la rapidité avec laquelle le malade reprend ses forces.

On pourrait nous objecter que ce traitement est possible dans le cas d'abcès unique, mais qu'il peut n'avoir pas d'effet dans le cas d'abcès multiples ; rien ne le prouve, et une fois issue donnée au pus, il est probable que les autres petits abcès, dont le foie peut être le siège, viennent s'ouvrir dans l'abcès primordial et former une seule et même masse purulente ; dans ce cas, la guérison est plus lente et c'est peut-être le cas de notre observation IV.

Les principaux avantages de cette méthode sont nombreux, et, parmi les premiers, nous pouvons citer tout d'abord :

L'opposition à l'infection purulente ou à la septicémie, qu'on évite par les pansements antiseptiques. On n'a plus à craindre ces longues suppurations qu'on rencontre en agissant autrement, suppurations qui ne font qu'affaiblir le malade et le mettent dans l'impossibilité de se rétablir. Dans le pansement antiseptique, au contraire, on voit la suppuration se tarir avec une rapidité surprenante.

Un autre avantage non moins grand, c'est que l'ouverture beaucoup plus large qu'on fait avec le bistouri laisse un champ libre à la sortie du pus, et même aux débris du tissu hépatique que l'on peut rencontrer.

Enfin, un troisième avantage, c'est qu'on n'a pas à craindre les récidives ; le drain plongeur, dont on diminue à volonté la longueur, fait marcher la cicatrisation lentement et toujours du fond de l'abcès au dehors.

En présence d'un pareil mode de traitement, il n'y a plus à hésiter, et le médecin qui se trouverait en présence d'un abcès du foie commettrait une grave imprudence en attendant. Il faut opérer le plus tôt possible sans attendre que la suppuration ait affaibli le malade et ne

l'ait mis moins à même de supporter l'opération, qui, par le fait, est simple, rapide et offre, quand les précautions antiseptiques sont bien prises, que les pansements sont bien faits, toutes les chances de succès.

Vu :	Permis d'imprimer :	Vu, bon à imprimer :
Le président censeur,	*Le Recteur de l'Académie,*	*Le Doyen,*
ENGEL.	G. CHANCEL.	BENOIT.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

AUXQUELLES LE CANDIDAT REPONDRA VERBALEMENT

(Arrêté du 22 mars 1842.)

Chimie médicale et Pharmacie

L'alcool, l'éther, au point de vue chimique et pharmaceutique.

Physique médicale

Détermination de la température d'un lieu.

Botanique et Histoire naturelle médicale

Donner le caractère des vers intestinaux rubanaires.

Anatomie

Quelle est la texture du cristallin?

Anatomie pathologique et Histologie

De la cellule en général ; de son origine ; son fonctionnement.

Physiologie

Phénomènes mécaniques de la respiration.

Pathologie médicale ou interne

Qu'est-ce que le lymphatisme?

Pathologie externe

Du cancer de l'utérus.

Thérapeutique et Matière médicale

Des différentes préparations de l'opium.

Opérations et Appareils

Des amputations partielles du pied.

Médecine légale et Toxicologie

De la superfétation.

Hygiène

Des jeux de l'enfant dans leurs rapports avec l'hygiène.

Accouchements

La poche des eaux est-elle utile dans les accouchements ?

Clinique interne

Caractères cliniques de l'asthme.

Clinique externe

Du débridement dans les plaies par armes à feu.

Clinique des maladies nerveuses et mentales

Existe-t-il un délire des sens ?

Titre de la Thèse à soutenir

De l'Hépatite suppurée dans les pays chauds et de son traitement.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque !